FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

ANNEE 1967 N° 32

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

par

Richard CARBAJO

Externe des Hôpitaux de TOURS

Né le 15 Avril 1938 à SARAGOSSE (Espagne).

Présentée et soutenue publiquement le 13 NOV. 1967

T I T R E

DEVENIR RAPPROCHE DES TUBERCULEUX TRAITES POUR LA PREMIERE FOIS

ETUDE MEDICO-SOCIALE

Président de Thèse :

Monsieur le Doyen Georges DESBUQUOIS

29 - Pays-Bas
Leyde

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

ANNEE 1967 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Richard CARBAJO

Externe des Hôpitaux de TOURS

Né le 15 Avril 1938 à SARAGOSSE (Espagne).

Présentée et soutenue publiquement le

T I T R E

DEVENIR RAPPROCHE DES TUBERCULEUX TRAITES POUR LA PREMIERE FOIS

ETUDE MEDICO-SOCIALE

Président de Thèse :

Monsieur le Doyen Georges DESBUQUOIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

DOYEN	Professeur G. DESBUQUOIS
ASSESSEUR	Professeur M. A. DURAND
SECRETAIRE	Monsieur J. GANNIER

- DOYEN HONORAIRE

Monsieur le Professeur ARON

- PROFESSEURS HONORAIRES -

MM.	GAUDEAU	MM.	DENOYELLE
	HUC		MERCIER
	LETELLIER		FROMENTY
	PAULIN		BONNIN

- PROFESSEURS TITULAIRES -

MM.	ARDOUIN	Oto-rhino-laryngologie
	ARNAUD	Bactériologie
	ARON	Clinique Médicale
	BARRE	Chimie Pharmacie
	BOULARD	Hygiène et Hydrologie
	COMBESCOT	Zoologie
	CROUZAT REYNES	Physique Pharmaceutique
	DESBUQUOIS	Clinique médicale Infantile
	DURAND	Matière Médicale
	GABESTIER	Botanique
	GAUTIER	Thérapeutique
	GOUAZE	Anatomie
	GRECO	Séméiologie Chirurgicale

- PROFESSEURS TITULAIRES -

MM. HUSSENSTEIN	CLinique Chirurgicale Orthopédique
JOBARD	Anatomie Pathologique
LARMANDE	Ophtalmologie
LIEFFRING	Technique Opératoire
MAILLET	Histologie
RAYNAUD	Pathologie Médicale
RICHARD	Clinique Obstétricale et Gynécologie
ROUZAUD	Clinique Neuro-Psychiatrique
THOUVENOT	Physiologie
VACHER	Médecine Légale et Sociale
VANDOOREN	Pathologie Chirurgicale
VIALARD GOUDOU	Pharmacie Galénique
VIALLE	Clinique Chirurgicale
WEILL	Biochimie

- PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL -

MM. COMBE	Pédiatrie
VARGUES	Bactériologie

- PROFESSEURS SANS CHAIRE -

Mme FOUSSARD	Pharmacodynamie
Mme HALOT	Chimie Analytique
MM. NEEL	Pathologie Expérimentale
SIZARET	Neuro-Psychiatrie

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549621_0022

- PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES -

MM. BERTRAND	Médecine Générale
BRIZON	Urologie
Mele BROCHIER	Médecine Générale
MM. CASTAING	Orthopédie
ECARLAT	Electro-Radiologie
FABIANI	Toxicologie
GLORION	Chirurgie Générale
GRENIER	Maladies Infectieuses
LANGRANCHI	Médecine Générale
HARICHAUX	Physiologie
LE CHEVALLIER	Rhumatologie
LEROUX	Hématologie
MICHEL	Electro-Radiologie
MORAND	Médecine Générale
MOURAY	Biochimie
NIVIERE	
QUERE	Ophtalmologie
WINCKLER	Anesthésiologie

- FAISANT FONCTION D'AGREGE -

MM. de LAUTURE	Hygiène
HEAULME	Physique Médicale

- CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES -

MM. BAUDOUIN	Pneumo-Phtisiologie
BOISTAME M.	Obstétrique
BOISRAME R.	Stomatologie
FRANCOIS	Dermatologie
Mme PASTY	Cryptogamie

- A mes Parents,

  Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon affection.

- A ma Femme,

- A mes Filles,

- A ma Soeur,

- A mon Frère,

- A mes Beaux Parents,

- A tous les miens.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur DESBUQUOIS,

Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de TOURS

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Officier de la Légion d'Honneur

Qu'il trouve ici l'expression de mon profond respect

et de toute ma considération.

A Monsieur le Docteur BAUDOUIN

Médecin Chef du Service de Pneumo-Phtisiologie du

Centre Hospitalier Régional Bretonneau de TOURS

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse, et dont les

précieux conseils et l'extrême complaisance ont

facilité la mise au point de ce travail.

Qu'il en soit remercié.

A Monsieur le Professeur ROUZAUD

Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique

Qui m'a accueilli, en qualité d'Externe, dans son service de Médecine Générale, pendant un an.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur VACHER

Professeur de Médecine Légale et Sociale

Médecin des Hôpitaux

Il m'a fait un grand honneur en acceptant de faire partie du jury de ma thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse et vive reconnaissance.

A Monsieur le Professeur VANDOOREN

Professeur de Pathologie Chirurgicale

Croix de Guerre

Qu'il trouve ici l'expression de la profonde admiratio

et de ma respectueuse affection.

A Monsieur le Professeur BEAUCHAN
Professeur de Clinique de Pneumo-Phtisiologie
Ecole de Médecine de POITIERS

A Monsieur le Docteur PALEY
Médecin Chef du Service de Pneumo-Phtisiologie de CHARTRES

A Monsieur le Docteur CARRAUD
Médecin Chef du Service de Pneumo-Phtisiologie d'ORLEANS

A Monsieur le Docteur LEMANISSIER
Médecin Chef du Service de Pneumo-Phtisiologie du MANS

A Monsieur le Docteur LE ROLLAND
Médecin Chef du Service de Pneumo-Phtisiologie de BLOIS

A Monsieur le Docteur BEAUCHARD

A Monsieur le Docteur DESJARDINS

A Monsieur le Docteur DEZILE

A Messieurs les Médecins Conseils des Caisses de Sécurité Sociale et des Caisses de Mutualité Agricole

A Messieurs les Médecins Chefs des Dispensaires

Sans leur collaboration ce travail eut été impossible.
Qu'ils en soient remerciés.

Les règles de la chimiothérapie de la tuberculose pulmonaire sont actuellement bien établies, et différents travaux, dont l'enquête organisée en 1964 par l'Union Internationale contre la tuberculose, se sont attachés à définir les conditions idéales du traitement. L'accord est fait sur la nécessité d'une chimiothérapie associée, à doses correctes pour chaque médicament, et appliquée de façon continue, pendant une durée suffisante.

L'on connait les possibilités optima de la chimiothérapie mais dans la pratique, l'application des traitements dépend de facteurs sociaux, professionnels et familiaux qui font intervenir la personnalité du tuberculeux pulmonaire.

En définitive, ce sont ces facteurs qui conditionnent les résultats du traitement.

Leur analyse a fait l'objet d'une importante étude lors des journées de Pneumo-Phtisiologie à l'Hôpital Laénnec en Mai 1965 (Revue de Tuberculose et de Pneumologie Tome 29 - n° 7 - 8 Juillet - Août 1965).

Cette étude réalisée sous la forme d'une enquête rétrospective concerne les tuberculeux pulmonaires de première

atteinte, inscrits entre le 1er janvier 1960 et le 31 Décembre 1960 sur les fichiers des dispensaires de la région parisienne et de plusieurs départements ou agglomérations provinciales (LYON, STRASBOURG, BORDEAUX ...). Elle définit le profil humain de la maladie, les conditions de traitement et les résultats de celui-ci sur le plan médico-social.

Elle analyse les corrélations entre les résultats radiologiques ou bactériologiques médiocres ou insuffisants et différentes causes invoquées : forme de la tuberculose, raisons psychologiques, raisons thérapeutiques, associations morbides.

Ainsi se dégage pour les auteurs, la notion de l'importance de facteurs humains, dont dépend l'efficacité de la chimiothérapie.

Dans le présent travail, nous nous sommes proposé d'étudier l'avenir rapproché des tuberculeux pulmonaires traités pour la première fois en prenant comme critère essentiel la reprise du travail. La réinsertion sociale et professionnelle, ou au contraire, le passage en invalidité nous paraît être le fait humain important permettant une appréciation globale des résultats. Nous serions tentés de dire que le tuberculeux pulmonaire est guéri lorsque l'évolution de la maladie a été favorable, et qu'il a repris une activité

professionnelle sous cet angle interviennent bien d'autres facteurs que le critère radiologique et bactériologique de guérison de la maladie : la profession du sujet, l'âge, la gravité des lésions initiales, les séquelles fonctionnelles, les modalités du traitement faisant intervenir le comportement du malade, etc...

Pour une telle étude, il nous a paru préférable de ne pas utiliser la référence de l'inscription sur les listes de dispensaire mais de choisir un groupe de malades placés initialement dans des conditions précises d'observation et de traitement - le milieu hospitalier - et de rechercher pour chaque rubrique (profession, âge, gravité des lésions, modalité du traitement, etc...) les différentes corrélations possibles.

Il s'est agi en somme, non pas de remonter une filière mais de suivre le malade placé au stade initial du traitement dans des conditions précises, jusqu'à un terme également précis, la situation socio-professionnelle après traitement selon la définition de la sécurité sociale.

Nous nous sommes ainsi efforcés d'éviter l'écueil principal des enquêtes rétrospectives, c'est-à-dire le manque d'homogénéité des renseignements recueillis.

Le petit nombre des médecins responsables du début du traitement, leur conception identique de la thérapeutique, l'élaboration en commun du travail lui-même nous ont paru réduire le coefficient d'imprécision. Par ailleurs, la date de reprise du travail ou l'inscription à l'invalidité selon les termes de la sécurité sociale, ne laissent aucune place à l'interprétation, alors que la date de la guérison comporte un élément d'appréciation variable suivant les médecins.

MATERIEL D'ETUDE ET METHODE DE TRAVAIL

Notre enquête concerne les tuberculeux pulmonaires du sexe masculin hospitalisés pendant les années 1960 - 1961 - 1962, et traités pour la première fois dans les services de Pneumo-Phtisiologie de : POITIERS (Professeur BEAUCHAN), CHARTRES (Docteur Y. PALEY), ORLEANS (Docteur CARRAUD), LE MANS (Docteur A. LEMANISSIER) , BLOIS (Docteur LE ROLLAND), TOURS (Docteur J. BAUDOUIN).

Le recrutement de ces services reflète la population de six départements géographiquement voisins, et démographiquement comparables. Les malades hospitalisés sont d'origine urbaine et rurale.

Le tableau ci-contre résume la répartition professionnelle par service. Les professions industrielles sont légèrement prédominantes (29 p 100) avant les professions agricoles, ouvriers et exploitants (24 p 100) et le groupe des ouvriers du bâtiment et des manoeuvres (23,50 p 100).

REPARTITION PROFESSIONNELLE

	Expl. Agri.	Ouvr. Agri.	Bâtim	Man.	Expos. Toxi.	Salar	Séden	Cadre	Prof. Liber	Sans Prof.	TOTAL
	11	16	1	3	1	5	3	-	1	9	50
S	3	31	20	5	9	33	10	4	-	11	126
S	19	19	12	6	2	15	12	1	4	21	111
	4	8	13	30	3	36	10	-	3	4	111
	2	23	21	18	5	33	14	4	4	8	132
	10	14	12	15	8	44	5	7	9	11	135
	49	111	79	77	28	166	54	16	21	64	665
								Imprécis			+ 2
	7,3%	16,6%	12 %	11,5%	4,2%	24,9%	8,1%	24 %	3,1%	9,6%	667

La faible proportion des professions sédentaires (8,10 p 100) de cadres (2,40 p 100) et de professions libérales (3,10 p 100) souligne bien la prédominance des professions manuelles ou économiquement défavorisées.

Les ruraux occupent dans l'éventail des professions une place plus importante que dans les enquêtes précédentes, effectuées dans des départements à large pr dominance urbaine et industrielle. Cette situation devait nous permettre de comparer le comportement des deux groupes devant les problèmes de la maladie, du traitement et de la réinsertion sociale et professionnelle.

Bien entendu, un grand nombre de tuberculeux pulmonaires sont traités en dehors du milieu hospitalier. Celui-ci a sa personnalité et comprend dans son ensemble surtout en province, à des catégories sociales relativement défavorisées. Nous n'attribuons à notre travail aucune valeur de généralisation, et nous nous défendons d'avoir fait une enquête épidémiologique. Notre choix a été guidé, comme nous l'avons signalé, par le souci d'étudier une catégorie de malades placés initialement dans des conditions de traitement et d'observation identiques, et réalisant à ce point de vue un groupe homogène.

Les rubriques étudiées à l'aide d'une grille, étaient au nombre de 28, avec un ensemble de 144 réponses possibles. Les renseignements recueillis ont été reportés sur des fiches à cavaliers. La manipulation de ces fiches pour chaque rubrique prise comme pivot, a permis d'étudier les différentes corrélations.

Les rubriques étaient les suivantes : âge, profession, nationalité, situation familiale, type lésionnel et étendue des lésions (Ces deux rubriques permettent d'évaluer la gravité des lésions) ; bacilloscopies ; sensibilité des germes ; circonstances de la découverte ; tuberculoses associées ; alcoolisme ; maladies respiratoires associées ; primo-infection ou accidents de la période secondaire ; durée de l'hospitalisation ; durée totale du traitement antibiotique ; durée de l'association médicamenteuse ; continuité du traitement ; traitement surajouté ; négativation des bacilloscopies obtenues avenir professionnel (date de la reprise du travail par rapport au début de traitement ou passage en invalidité) ; modalité de la reprise (travail à temps partiel) : changement d'emploi (avec ou sans rééducation) , séquelles radiologiques ; état du malade en 1966 (facultatif) ; année de référence ; service hospitalier de référence.

ANALYSE DES RESULTATS
DEPOUILLEMENT DES REPONSES

Le nombre des malades hospitalisés répondant à nos critères, tuberculeux pulmonaires de sexe masculin traités pour la première fois, s'élevait à 887 ; 220 dossiers soit 24 p 100, n'ont pu être exploités. Nous avons en effet éliminé les malades non suivis jusqu'à la reprise du travail, quelle que soit la date de celle-ci, ou jusqu'au passage en invalidité.

Les malades décédés font évidemment partie de ce groupe. Les décès sont au nombre de 95. 27 d'entre eux sont imputables à la tuberculose, 68 sont dûs à une autre cause. Mis à part ces 95 dossiers, exclus en raison de la méthode de travail adoptée, le nombre des dossiers non exploités est de 128. soit 14,40 p 100. Ce taux est inférieur à celui des études déjà mentionnées.

Les résultats ont été analysés à l'aide de tableaux et répartis en trois groupes.

- en premier lieu, l'avenir socio-professionnel, objet de notre étude, a été étudié globalement en fonction des trois facteurs caractérisant le malade lors de son hospitalisation : la profession, l'âge, et l'état des lésions initiales.

Les deux rubriques : reprise du travail et invalidité ont été ensuite étudiées séparément.

- dans la rubrique reprise du travail, le pivot de notre étude a été le délai de cette reprise. C'est ce délai qui exprime l'efficacité globale du traitement, c'est-à-dire, si l'on nous permet ce terme, sa rentabilité à la fois médicale et sociale.

En dehors de la profession, de l'âge et de la gravité des lésions initiales, il faut retenir différents facteurs faisant largement intervenir la personnalité du malade : conduite et modalités d'application du traitement, alcoolisme, situation familiale.

En ce qui concerne l'invalidité, en dehors de la tuberculose elle-même, c'est-à-dire la chronicité de la maladie, interviennent différents facteurs qui ont été analysés : associations morbides (affections pulmonaires non tuberculeuses, autres infirmités, alcoolisme), âge et profession, dont l'importance paraît ici essentielle.

I - RESULTATS GLOBAUX

TABLEAU II - AVENIR PROFESSIONNEL

Sur 667 malades, 484, soit 72,50 p 100 ont repris le travail ; 183, soit 27,50 p 100 ont été versés dans l'Invalidité.

Ces chiffres sont comparables à ceux qu'apportent Et. BERNARD, S. PRATET et Mme ABADIE (73 p 100 de reprise du travail).

Dans nos résultats, il faut vraisemblablement tenir compte du recrutement hospitalier. Nous avons vu qu'il s'agissait en très large majorité des malades exerçant une profession manuelle, représentant un milieu relativement défavorisé.

D'autre part, nous verrons que différents facteurs en dehors de la tuberculose elle-même interviennent dans l'invalidité.

II - AVENIR PROFESSIONNEL

Reprise du travail	484	(72,50 p 100)
Invalidité	183	(27,50 p 100)
(Cause pulmonaire + facteurs surajoutés)		

TABLEAU III - INCIDENCE DE LA PROFESSION.-

On peut d'abord s'étonner de l'existence d'une rubrique sans profession. Si nous l'avions éliminée nous nous serions privés d'un élément très intéressant concernant l'invalidité. En effet, sur les 64 malades sans profession, 60, c'est-à-dire 93 p 100 sont passés en invalidité.

Nous avons établi un pourcentage en excluant cette catégorie. Nous obtenons alors :

- reprise du travail..... 80 p 100,
- invalidité ..... 20 p 100,

La présence dans la rubrique "sans profession" de 4 malades ayant repris leur travail s'explique ainsi : dans deux

cas, il s'agissait de deux jeunes gens sortant de la scolarité et n'ayant pas de profession au moment où ils ont constracté leur maladie. Pour les 2 autres, d'ouvriers ayant un emploi de saisonnier et n'exerçant pas leur emploi au moment de leur hospitalisation. Ce tableau montre que les professions les plus invalidantes sont celles physiquement les plus pénibles.

TABLEAU IV - INCIDENCE DE L'AGE.-

La proportion de malades ayant repris le travail, qui est de 95 p 100 jusqu'à 30 ans, diminue ensuite, mais reste de 79 p 100 entre 40 et 50 ans. Cette proportion tombe à 50 % au-dessus de 50 ans. Nous tenterons d'en analyser les causes au chapitre de l'invalidité.

TABLEAU V - INCIDENCE DE LA GRAVITE DES LESIONS INITIALES

Nous avons divisé les malades selon trois types de gravité lésionnelle :

- lésions bénignes groupant les lésions de petite étendue, excavées ou non, et celles de moyenne étendue non excavées
- lésions moyennes : lésions excavées de moyenne étendue et lésions non excavées de grande étendue exemple miliaire.

III - INCIDENCE DE LA PROFESSION

	REPRISE DU TRAV.	INVALIDITE	TOTAL
Expl. Agricol.	32 (65,50 %)	17 (34,50 %)	49
Ouvr. Agricol.	74 (66,60 %)	37 (33,40 %)	111
Ouvr. Bâtiment	65 (82,40 %)	14 (17,60 %)	79
Manoeuvres	56 (72,70 %)	21 (27,30 %)	77
Expos. Toxiques	20 (71,40 %)	8 (28,60 %)	28
Salubre	155 (93,40 %)	11 (6,60 %)	166
Sédentaires	43 (80 %)	11 (20 %)	54
Cadre	15 (93,70 %)	1 (6,30 %)	16
Profes. Liber.	20 (95,20 %)	1 (4,80 %)	21
Sans	4 (6,20 %)	60 (93,80 %)	64
Total	484 (72,50 %)	181 (27,50 %)	

IV - INCIDENCE DE L'AGE

	REPRISE DU TRAV.	INVALIDITE	TOTAL
20 ans	44 (95,60 %)	2 (4,40 %)	46
20 à 30 ans	121 (95 %)	6 (5 %)	127
30 à 40 ans	132 (91,60 %)	12 (8,40 %)	144
40 à 50 ans	64 (79 %)	25 (21 %)	119
50 à 65 ans	92 (50 %)	92 (50 %)	184
65 ans	1 (2,20 %)	45 (97,80 %)	46
Total	464 (72,50 %)	183 (27,50 %)	

V - INCIDENCE DE LA GRAVITE DES LESIONS

	REPRISE DU TRAVAIL	INVALIDITE	TOTAL
Lésions bénignes	194 (80,5 %)	47 (19,5 %)	241
Lésions moyennes	202 (72,9 %)	75 (27,1 %)	277
Lésions graves	84 (57,5 %)	62 (42,5 %)	146

- lésions graves : lésions excavées très étendues unilatérales ou bilatérales;

On voit que la proportion d'invalidité croît en fonction de la gravité des lésions.

Il nous a paru intéressant de savoir si la gravité des lésions avait une relation soit avec la profession, soit avec l'âge.

TABLEAU VI - GRAVITE DES LESIONS ET PROFESSION

C'est surtout chez les exploitants agricoles que la proportion de lésions moyennement graves ou graves est significative : 87,60 %. L'on ne retrouve un taux élevé, sinon comparable, que chez les ouvriers dont le métier comporte une exposition toxique (75 %).

Chez les ouvriers agricoles, cette proportion (66,70 % est inférieure à celle observée chez les exploitants agricoles. Pendant les années de référence, le dépistage systématique n'était pas organisé en milieu agricole (sauf dans l'Eure et Loir) L'on peut penser que les responsabilités professionnelles de l'exploitant agricole et l'absence de régime de Sécurité Sociales expliquent sinon la découverte tardive de la maladie, du moins la décision tardive du traitement.

VI - GRAVITE DES LESIONS ET PROFESSION

	Expl. Agricol	Ouvr. Agrico.	Bâtim.	Manoeu.	Expos. Toxique	Salar. Norm.	Seden	Cadre	Profes. Liber.	Sans	TOTAL
Lésions bénignes	6 (12,4%)	37 (33,3%)	33 (41,7%)	29 (37,6%)	7 (25 %)	75 (45,1%)	19 (35,1%)	6 (37,5%)	8 (38,9%)	19 (29,6%)	239 (2+im-précis)
gravité moyenne	27 (55,6%)	42 (37,8%)	27 (34,1%)	27 (35 %)	17 (60,7%)	72 (43,3%)	29 (53,8%)	9 (56,3%)	6 (28%)	24 (37,5%)	280
Lésions graves	16 (32 %)	32 (28,9%)	19 (24,2%)	21 (27,4%)	4 (14,3%)	19 (11,6%)	6 (11,6%)	1 (6,2%)	7 (32,6%)	21 (32,9%)	146
Total	49	111	79	77	28	166	54	16	21	64	

Chez les ouvriers du bâtiment et les manoeuvres, nous nous attendions à trouver un taux de gravité lésionnelle élevé. Cette prévision n'a pas été confirmée.

TABLEAU VII - GRAVITE DES LESIONS ET AGE.-

La ligne de partage des tranches d'âge est la trentaine Avant 30 ans, les lésions bénignes sont plus fréquentes. Après 30 ans, la répartition dans les différentes tranches d'âge est à peu près identique. Nous n'avons pas retrouvé dans notre groupe de malades le pic de gravité de la cinquantaine signalé dans différents travaux, mais nous n'en tirons aucune conclusion sur le plan épidémiologique, ainsi que nous l'avons déjà indiqué.

Circonstances de découverte.-

L'incidence de l'examen systématique sur l'état lésionnel, initial, et le rôle du dépistage dans chaque profession ont été étudiés.

TABLEAU VIII - EXAMEN SYSTEMATIQUE ET LESIONS INITIALES.-

L'intérêt de l'examen systématique dans le diagnostic précoce de la maladie est évident : 43,30 % des lésions.

VII - GRAVITE DES LESIONS ET AGE

AGE	LESIONS BENIGNES.	GRAVITE MOYENNE	LESIONS GRAVES.	TOTAL
20 ans	26 (56,50%)	15 (32,60 %)	5 (10,90 %)	46
20 à 30 -	60 (47,20%)	52 (40,90 %)	15 (11,90 %)	127
30 à 40 -	46 (31,90%)	61 (42,50 %)	37 (25,70 %)	144
40 à 50 -	39 (32,70%)	57 (47,90 %)	23 (19,50 %)	119
50 à 65 -	57 (30,90%)	76 (41,30 %)	51 (27,80 %)	184
65	13 (27,60%)	19 (40,20 %)	15 (32,20 %)	47
Total	241	280	146	667

VIII - CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE ET GRAVITE DES LESIONS

	LESIONS BENIGNES	GRAVITE MOYENNE	LESIONS GRAVES.	TOTAUX
Nombre	241	280	146	667
Examen Systématique	102	80	20	202
Pourcentage	43,30 %	35 %	13,60 %	30,30 %

bénignes ont ainsi été découvertes ; 35 p 100 des lésions de gravité moyenne : et seulement 13,6 p 100 des lésions graves.

TABLEAU IX - CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE ET PROFESSION.-

Le pourcentage des tuberculoses découvertes par examen systématique est relativement homogène, entre 33,30 % et 46 % dans les professions industrielles, les ouvriers du bâtiment et les professions sédentaires. Ce pourcentage est très bas chez les exploitants agricoles (12 p 100) et les ouvriers agricoles (14,50 p 100). Pour les années de référence, le dépistage en milieu agricole était encore mal organisé, sauf en Eure et Loir. Il faut remarquer que c est aussi dans ce milieu que le taux des lésions graves est le plus élevé.

Dans le groupe des invidus sans emploi, le taux de dépistage par exeman systématique n'est que de 7,80 p 100. Ces sujets échappent évidemment aux examens organisés sur le plan professionnel.

IX - CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE ET PROFESSION

	Expl. Agric	Ouvr. Agric	Ouvr. Bâtim	Ouvr. Man.	Ouvr. Tox.	Ouvr. Salar	Seden	Cad.	Profe Liber	Sans	
re	49	111	79	77	28	166	54	16	21	64	665
am-	6	16	32	25	13	70	23	5	7	5	202
%	12	14,50	40	33,30	46,40	42	42,50	33,40	33,30	7,80	30,30

II - LA REPRISE DU TRAVAIL

La date de la reprise du travail, par rapport au début du traitement, est un critère objectif de l'efficacité de celui-c Elle ne renseigne évidemment pas sur la date de guérison, selon les critères cliniques, radiologiques et bactériologiques.

En fait,l'appréciation du moment de la guérison varie d'un médecin à l'autre. Dans une étude comme la nôtre, elle introduirait un coefficient d'imprécision. D'autre part,beaucoup plus que le moment de la guérison, c'est, nous semble-t-il le moment de la réinsertion sociale et professionnelle qui est significatif.

La date de cette réinsertion est précise, et ne prête pas à interprétation puisqu'elle figure, comme la date du passage en invalidité, sur les fichiers de la Sécurité Sociale.

Nous avons bien entendu étudié l'évolution de la maladi sous traitement, notamment en ce qui concerne la bactériologie. Nous avons constaté que, dans 80 p 100 des cas, la négativation a été précoce, avant le 6ème mois, et que si elle est indispensa-

ble pour affirmer la guérison, elle est avant tout dans le temps un critère d'efficacité de la chimiothérapie bien avant que l'on puisse parler de guérison (Tableau X).

Pour la radiologie, sur 484 malades ayant repris leur travail, 395, soit 81 p 100 présentaient des séquelles nulles ou discrètes. L'appréciation qualitative de ces séquelles par des médecins différents ne présente pas de difficultés. En revanche, le recul nécessaire pour déterminer le moment de la guérison peut être apprécié différemment.

Le délai de la reprise de travail a été étudié en fonction de :

- la profession,
- l'âge,
- la gravité des lésions,
- la durée de l'hospitalisation,
- la durée totale du traitement antibiotique,

la durée de l'association antibiotique,

- des séquelles radiologiques,
- la négativation bactériologique.

Nous avons également été amenés à étudier le rôle des facteurs associés :

- alcoolisme,
- associations morbides,
- situation familiale

X - REPRISE DU TRAVAIL ET NEGATIVATION DES EXPECTORATIO

	NEGATIF	3 MOIS	3-6MOIS	6-9MOIS	9MOIS
< 6 Mois					
6 - 12 Mois	16	12			
12 - 18 Mois	40	88	25	4	1
18 M - 2 ans	29	59	21	4	6
2 A - 2 1/2	17	92	25	6	9
21/2 - 3 A	3	6	3	3	4
> - 3 ans	3	9	3	3	4

Ce sont ces facteurs, qui, avec la profession constituent le substratum humain de la maladie.

TABLEAU XI - REPRISE DU TRAVAIL ET GRAVITE LESIONNELLE.-

C'est le facteur essentiel intervenant dans le délai de la reprise. Le délai moyen se situe entre un et deux ans avec une répartition à peu près homogène entre un an et dix huit mois et dix huit mois à deux ans.

Toutefois, en ce qui concerne les lésions graves, le délai de reprise se situe au-delà de dix huit mois dans 67 p 100 des cas sur 84 c'est-à-dire 78 p 100 des lésions graves. Ceci démontre très clairement le rôle essentiel de la gravite lésionnelle sur la date de reprise du travail.

TABLEAU XII - PROFESSION ET REPRISE DU TRAVAIL.-

Le délai moyen de la reprise, pour toutes les professions a été de un à deux ans. Il faut cependant noter que les reprises au-delà de deux ans concernent avant tout les professions agricoles, aussi bien exploitants qu'ouvriers. Le caractère physiquement pénible de la profession ne paraît pas en cause. En effet, les manoeuvres, dont le métier n'est pas moins fatigant reprennent le travail dans la grande majorité des cas avant deux ans.

XI - REPRISE DU TRAVAIL ET GRAVITE LESIONNELLE

	< 6M.	6-12M	12-18M	18M - 2 ANS	2 ANS - 2 1/2	2 1/2 - 3 ANS	> 3 A.	TOTAL
Lés. Bénig.	2	20	78	56	29	3	6	194
Lés. Moyen.		8	66	75	35	10	8	202
Lés. Grav.		1	14	21	27	9	10	84
Total	2	29	158	152	91	22	24	480

XII - PROFESSION ET REPRISE DU TRAVAIL

DELAIS	Expl. Agric	Ouvr. Agric	Bâtim	Man.	Exp. Tox.	Sal. norm.	Sed.	Cad.	Prof. Liber	Sans	Total	
< 6 Mois									2		2	0,40%
6 - 12 Mois		2	4	4	2	14		2	2		29	5,90%
12 - 18 Mois	7	16	17	25	7	58	16	8	6	1	161	33,20%
18 M - 2 ans	9	23	26	15	3	47	19	3	5	3	153	31,60%
2 à 2 ans1/2	12	20	13	7	3	30	7	1	4		97	20 %
2 1/2 - 3 ans	3	5	2	1	1	5	1	1	1	1	21	4,30%
> 3 ans	1	8	3	4	4	2					22	4,50 %
	32	74	65	56	20	155	43	15	20	4	484	
											Imprécis	

Peut-être sans doute, faut-il faire intervenir la gravité lésionnelle notée avec la plus grande fréquence dans les professions agricoles (Tableau VI)

TABLEAU XIII : AGE ET REPRISE DU TRAVAIL.-

Le délai moyen de la reprise reste de un à deux ans, quelle que soit la tranche d'âge.

Toutefois, c'est surtout chez des sujets de plus de 40 ans que ce délai excède deux ans. La proportion est de 30 p 100 environ, alors qu'elle varie de 20 à 25 p 100 chez les sujets de moins de 40 ans.

TABLEAU XIV - DUREE TOTALE DU TRAITEMENT ET REPRISE DU TRAVAIL.-

Il existe une coïncidence remarquable entre la durée totale moyenne du traitement, un à deux ans, et le délai de la reprise, qui est également de un à deux ans. Les chiffres objectivant cette coïncidence figurent dans les quatre cases encadrées du tableau. Les choses se passent donc comme si la durée d'incapacité de travail était assimilée à la durée totale du traitement.

XIII - REPRISE DU TRAVAIL ET AGE

	6MOIS	6-12 M	12-18M	18MOIS 2 ANS	2 ANS 2 1/2	2 A1/2 3 ANS	3ANS	TOTAL
< 20 ans	1	2	15	17	7	2	-	44
20 -30 ans	-	13	44	39	21	2	2	121
30 -40 ans	1	4	49	40	21	8	9	132
40 -50 ans	-	6	29	28	22	3	6	94
50 -65 ans	-	4	24	28	25	6	5	92
> 65 ans	-	-	-	1	-	-	-	1
	2	29	161	153	97	21	22	

XIV - REPRISE DU TRAVAIL ET DUREE DU TRAITEMENT

DU MENT	DELAI DE REPRISE							
	<6MOIS	6 - 12 MOIS	12-18 MOIS	18 MOIS 2 ANS	2ANS 2 ANS1/2	2ANS1/2 3 ANS	>3 ANS	TOTAL
6 Mois	0	2	0	0	0	0	0	2
8 Mois	0	3	15	3	3	0	1	25
8 Mois	2	19	106	71	31	4	5	238
2 Ans	0	3	30	67	43	11	6	159
ans	0	2	8	13	17	5	8	53
ans	0	0	0	0	1	0	3	4
	2	29	159	154	95	20	22	481

Nous pensons que cette situation allonge inutilement la durée de l'éviction sociale et professionnelle et, dans beaucoup de cas, particulièrement dans les professions manuelles peut rendre difficile la réinsertion du malade.

Le tableau montre du reste que dans certains cas l'éviction professionnelle s'est prolongée au-delà de l'arrêt du traitement antibiotique. Sur 96 malades pour lesquels le déla de reprise du travail se situe entre deux ans et deux ans 1/2 74 (31 + 43) sont dans cette situation. Le non ajustement de la reprise du travail à la notion médicale de guérison est évident.

Il serait souhaitable de séparer la notion de durée du traitement antibiotique de celle d'incapacité de travail.

L'intérêt du malade est de reprendre son travail dès qu'il est guéri, tout en continuant la chimiothérapie.

TABLEAU XV - GRAVITE DES LESIONS ET DUREE TOTALE DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE.-

Le tableau pouvait à nos yeux, apporter une correction aux chiffres du tableau précédent.

En effet, si l'assimilation de la durée d'incapacité de travail à la durée totale du traitement antibiotique nous paraît pour la moyenne des cas inadéquate, elle pourrait être justifiée pour les cas graves.

XV - GRAVITE ET DUREE TOTALE DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

DUREE	LESIONS BENIGNES	GRAVITE MOYENNE	LESIONS GRAVES.	TOTAL
< 6 Mois	5 (2 %)	1 (0,30 %)	3 (2 %)	9
6 - 12 Mois	22 (9,50 %)	14 (5 %)	9 (6,10 %)	45
12 - 18 Mois	143 (59,30 %)	116 (41,70 %)	42 (28,70 %)	301
18 Mois-2 Ans	55 (23,60 %)	105 (37,50 %)	49 (33,50 %)	209
2 à 3 ans	14 (5,80 %)	35 (12,50 %)	34 (21,60 %)	82
> 3 ans	2 (0,80 %)	9 (3 %)	9 (6,10 %)	20

Nous avons vu que la gravité lésionnelle est le facteur essentiel de la durée d'éviction professionnelle. En fait, selon notre tableau, cette gravité n'a entraîné un traitement au-delà de deux ans que dans un nombre de cas relativement limités.

TABLEAU XVI - DUREE DE L'ASSOCIATION MEDICAMENTEUSE ET DELAI DE LA REPRISE DU TRAVAIL.-

Pour la grande majorité des malades le traitement a comporté une association médicamenteuse d'une durée de six à dix huit mois. Ce sont ces malades qui ont repris leur travail dans le délai moyen de un à deux ans (cases encadrées). Ces résultats sont absolument superposables à ceux du tableau XI.

TABLEAU XVII - GRAVITE DES LESIONS ET DUREE DE L'ASSOCIATION MEDICAMENTEUSE.

Ce tableau complémentaire est superposable au tableau XII. La gravité des lésions n'a entraîné la prolongation de l'association médicamenteuse que dans un nombre de cas relativement limité.

XVI - REPRISE DU TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSOCIATION MEDICAMENTEUSE

DUREE DE L'ASSOCIATION	< 6 MOIS	6 - 12 MOIS	12-18 MOIS	18MOIS-2 ANS	2A 1/2-3 ANS	> 3 ANS	TOT
< 6 Mois	0	5	6	1	0	0	12
6 - 12 Mois	2	19	80	28	19	1	5	154
1 an-18 Mois	0	4	71	105	59	7	8	254
> 18 Mois	0	1	3	19	19	13	9	64
Total	2	29	160	153	97	21	22	404

XVII - GRAVITE ET ASSOCIATION MEDICAMENTEUSE

	LESIONS BENIGNES	GRAVITE MOYENNE	LESIONS GRAVES.	TOTAL
6 Mois	15 (6,20 %)	6 (2,10 %)	6 (4,70 %)	27
6 à 12 mois	81 (33,6 %)	90 (3,20 %)	29 (19,8 %)	200
12 à 18 Mois	128 (53,1 %)	142 (50,7 %)	68 (39,7 %)	339
18 Mois	17 (7 %)	42 (15,20 %)	43 (35,8 %)	102
	241	280	146	

L'intérêt de ces tableaux est surtout de montrer que pour l'immense majorité des cas la chimiothérapie a été conduite correctement.

Pour 27 malades seulement la durée de l'association médicamenteuse a été inférieure à six mois. Pour 538 elle a été de six à dix huit mois. Pour 102 supérieure à dix huit mois.

TABLEAU XVIII - DUREE DE L'HOSPITALISATION ET DELAI DE REPRISE DU TRAVAIL.-

Nous confondons sous le terme d'hospitalisation :

- le séjour à l'Hôpital,
- le séjour à l'hôpital plus le séjour en sanatorium.

La conception du traitement était la même pour les médecins hospitaliers et les médecins des sanatoriums.

Pour les malades dont le délai moyen de reprise a été de un à deux ans, représentant la majorité, la durée de l'hospitalisation se situe entre 6 et 18 mois. Le séjour n'excède 18 mois que pour 11 malades sur 310. Cette proportion s'élève pour les malades dont l'éviction professionnelle est supérieure à deux ans (42 sur 139).

XVIII - REPRISE DU TRAVAIL ET DUREE D'HOSPITALISATION

	< 6 MOIS	6 -12 MOIS	12-18 MOIS	18MOIS-2 ANS	2 1/2 -3 ANS	> 3 ANS	TOTAL
< 3 Mois	1	5	14	10	4		34
3 - 6 Mois	1	14	35	14	11	1	76
6 - 9 Mois		5	49	34	21	2	4	115
9 -12 Mois		5	35	28	15	1	3	87
12 -18 Mois			27	73	27	4	4	115
> 18 Mois				11	19	13	10	53
Total	2	29	160	150	97	20	22	

TABLEAU XIX - GRAVITE DES LESIONS ET DUREE DE L'HOSPITALISATION

Ce tableau complète le précédent, quelle que soit la gravité des lésions initiales, la moyenne d'hospitalisation se situe entre 6 et 18 mois. Entre 6 et 12 mois, les lésions bénignes et de gravité moyenne prédominent sur les lésions graves, la proportion est à peu près égale entre 12 et 18 mois.

Par contre, la moitié des hospitalisations excédant 18 mois concernent les lésions graves.

Il existe une corrélation entre la gravité des lésions initiales, la durée de l'hospitalisation, et le délai de la reprise du travail. Toutefois, cette corrélation n'est significative que pour les délais de la reprise excédant deux ans (Tableau VII) et les durées d'hospitalisation excédant 18 mois.

ROLE DES FACTEURS ASSOCIES.-

I - L'Alcoolisme.-

L'alcoolisme peut intervenir soit comme facteur organique, soit comme facteur caractériel modifiant le comportement du malade vis à vis de la maladie et du traitement.

XIX - GRAVITE ET DUREE D'HOSPITALISATION

	LESIONS BENIGNES	GRAVITE MOYENNE	LESIONS GRAVES.	TOTAL
< 3 Mois	29 (12 %)	17 (6 %)	4 (2,40 %)	50
3 à 6 mois	55 (22,80 %)	35 (12,50 %)	15 (9 %)	105
6 à 9 mois	56 (23,20 %)	65 (23,20 %)	23 (13,80 %)	144
9 à 12 mois	36 (14,90 %)	59 (21 %)	23 (13,80 %)	118
12 à 18 mois	49 (20,30 %)	73 (26 %)	36 (21,60 %)	158
> 18 Mois	16 (6;80 %)	31 (11,30 %)	45 (39,40 %)	92
Total	241	280	166	667

TABLEAU XX - ALCOOLISME ET GRAVITE DES LESIONS.-

Les lésions graves sont deux fois plus fréquentes chez les alcooliques (34 p 100) que chez les non alcooliques (16 p 100). Le rôle essentiel de la gravité des lésions sur le délai de la reprise laissait prévoir que celle-ci serait plus tardive chez les alcooliques que chez les non alcooliques. Cette prévision est confirmée par le tableau XXI.

TABLEAU XXI - ALCOOLISME ET REPRISE DU TRAVAIL.-

TABLEAU XXII - ALCOOLISME ET DUREE D'HOSPITALISATION.-

La durée d'hospitalisation a été elle-même un peu supérieure chez les alcooliques. Cette constatation suggère du reste que l'alcoolisme n'a pas gêné autant qu'on pouvait le craindre la conduite du traitement. Dans le groupe des malades étudié l'alcoolique, ne s'est pas, dans l'ensemble moins bien soumis à une discipline de traitement hospitalier que le malade sobre.

TABLEAU XXIII - FACTEURS PSYCHOLOGIQUES.-

En dehors de l'alcoolisme, il apparaît que certains facteurs psychologiques interviennent tout particulièrement

XX - GRAVITE DES LESIONS ET ALCOOLISME

	LESIONS BENIGNES	GRAVITE MOYENNE	LESIONS GRAVES.	TOTAL
Alcoolis	50 (26 %)	85 (40 %)	73 (34 %)	208
Non alcooliques	191 (41 %)	195 (43 %)	73 (16 %)	459
Total	241	280	146	667

XXI - ALCOOLISME ET REPRISE DU TRAVAIL

	< 6 MOIS	6-12 MOIS	12-18 MOIS	18MOIS 2 ANS	2 ANS 2 1/2	2 1/2 3 ANS	> 3 ANS	TOTAL
Alcooliques	1	6	25	33	31	9	14	119
Non alcooliques	1	23	136	120	66	12	8	365
Total	2	29	161	153	97	21	22	484

Entre 1 et 2 ans	: alcooliques	49 p 100
	non alcooliques	70 p 100
Entre 2 ans et 2 ans 1/2	: alcooliques	26 p 100
	: non alcooliques	18 p 100

XXII - ALCOOLISME ET DUREE D'HOSPITALISATION

	< 3 MOIS	3 à 6 MOIS	6 à 9 MOIS	9 à 12 MOIS	12 à 18 MOIS	18 Mois 2 ANS	TOTAL
Alcooliques	9	29	44	30	40	57	209
Non alcooliques	38	75	100	88	116	45	452
Total	47	104	144	118	156	92	661
Alcooliques	9 Mois 40 %			9 mois 60 %			209
Non alcooliques	9 Mois 45 %			9 mois 55 %			452

XXIII - INCIDENCE DE LA SITUATION FAMILIALE SUR LA DUREE DE L'HOSPITALISATION

DUREE DE L'HOSPITALISATION.	MARIES	CELIBATAIRES.	VEUFS	DIVORCES	CONCUBINS
< 3 Mois	40	8	2	0	0
3 - 6 Mois	70	28	1	1	3
6 - 9 Mois	108	28	2	4	2
9 -12 Mois	73	36	3	4	1
12-18 Mois	59	78	10	6	5
> 18 Mois	26	46	6	12	2
TOTAL	376	224	25	27	13

dans les modalités du traitement. Nous avons ainsi étudié l'incidence de la situation familiale sur la durée de l'hospitalisation (tableau XXIII). La durée du séjour est beaucoup moins longue chez les malades mariés soucieux de réintégrer rapidement le milieu familial que les célibataires.

LES MODALITES DE LA REPRISE

TABLEAU XXIV - PROFESSION ET REPRISE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL.

La reprise à temps partiel intervient dans 24,40 % des cas.

Ce sont les professions physiquement pénibles qui bénéficient le moins de cette facilité : 6,20 % pour les exploitants agricoles ; 17,50 % pour les ouvriers agricoles ; 16,9 % pour les ouvriers du bâtiment; 21,40 % pour les manoeuvres.

Les taux sont sensiblement plus élevés pour les professions sédentaires (30,20 %), les cadres (46,60 %), les salariés (31,90 %).

La modalité de la reprise dépend donc vraisemblablement beaucoup moins d'une appréciation médicale que de facilités, administratives ou autres, liées à l'emploi.

CHANGEMENT D'EMPLOI

84 malades sur 484 ont changé d'emploi, soit 17,60 p 100. Pour 51 d'entre eux, soit 60 p 100, il s'agit d'un

XXIV - PROFESSION ET REPRISE A TEMPS PARTIEL

PROFESSION	REPRISE A TEMPS PARTIEL		REPRISE PROFESSIONNELL
Expl. Agric.	2	6,20 %	32
Ouvr. Agric.	13	17,50 %	74
Bâtiment	11	16,90 %	65
Manoeuvres	12	21,40 %	56
Expos. Toxique	5	25 %	20
Salariés	49	31,60 %	155
Sédentaires	13	20,20 %	43
Cadres	7	46,60 %	15
Profes. Libér.	6	33,30 %	20
Sans Profes.			4
Totaux	118	24,38 %	484

simple changement, sans rééducation. Les 33 autres, soit 40 p 100, ont bénéficié d'une rééducation.

La répartition de ces groupes suivant l'âge et la profession a été analysée.

TABLEAU XXV - AGE ET CHANGEMENT D'EMPLOI.-

Toutes les tranches d'âge sont intéressées, mais la rééducation a été surtout fréquente avant 30 ans. Au-delà de cet âge, c'est le changement simple, sans rééducation qui prédomine. L'on peut déduire que si les jeunes bénéficient des possibilités de promotion, à partir de 40 ans la maladie a certainement des conséquences défavorables sur la situation professionnelle.

TABLEAU XXVI - PROFESSION ET CHANGEMENT D'EMPLOI.-

Ce sont surtout les professions physiquement pénibles qui ont justifié un changement d'emploi. Signalons que pour les professions agricoles, la fréquence a été de 27,40 p 100 et que la moitié des ouvriers agricoles ayant changé d'emploi ont été rééduqués. Cette proportion est encourageante si l'on tient compte des difficultés de reclassement dans ce métier.

XXV - CHANGEMENT D'EMPLOI EN FONCTION DE L'AGE

AGE	SANS REEDUCATION	AVEC REEDUCATION
< 20 Ans	3	10
20 - 30 Ans	7	10
30 - 40 Ans	15	9
40 - 50 Ans	13	3
50 - 65 Ans	12	1
> 65 Ans	1	
	51	33

XXVI - CHANGEMENT D'EMPLOI EN FONCTION DE LA PROFESSION

PROFESSION	SANS REEDUCATION	AVEC REEDUCATION
Exploitants Agricoles	4	1
Ouvriers Agricoles	9	9
Bâtiment	4	6
Manoeuvres	6	1
Exposition toxique	6	3
Salubres	15	10
Sédentaires	4	1
Cadres	2	1
Professions libérales	1	1
	51	33

COMMENTAIRES.-

Le délai moyen de la reprise de travail a été de 1 à 2 ans dans la majorité des cas, quelle que soit la profession, le type des lesions initiales et la durée d'hospitalisation (65 p 100 des cas). Il existe une corrélation remarquable entre la durée d'éviction professionnelle et la durée totale du traitement médicamenteux. Comme nous l'avons signalé, ce fait suggère le non ajustement de la date de la reprise du travail à la notion médicale de guérison.

Les reprises au-delà de 2 ans (28 p 100) sont liées à la gravité lésionnelle. Il y a alors parallélisme entre le délai de la reprise, la durée de l'association médicamenteuse et la durée totale de traitement.

Dans certains cas, l'éviction professionnelle s'est prolongée au-delà de l'arrêt du traitement. Cela ne peut s'expliquer que par l'intervention des facteurs personnels sans relation avec la notion médicale de guérison.

Dans ce groupe des malades ayant repris le travail, le traitement a été correct dans la presque totalité des cas, à la fois pour la durée de l'association médicamenteuse, la durée totale du traitement et sa continuité. La durée de l'hospitalisation n'apparaît pas comme un facteur significatif.

Elle s'étale largement de 6 à 18 mois. Lorsque le séjour a été de courte durée, le traitement n'en a pas moins été poursuivi correctement à domicile.

L'alcoolisme n'a influencé le délai de la reprise que dans la mesure où il était associé aux lésions graves. Son rôle n'est alors pas négligeable. Les lésions graves sont en effet deux fois plus fréquentes chez les alcooliques que les sujets sobres.

La reprise du travail à temps partiel intervient dans 24,40 p 100 des cas. L'on peut s'étonner que les professions physiquement pénibles aient bénéficié plus rarement de cette modalité que les professions sédentaires et les cadres.

La priorité des facilités administratives liées à l'emploi, sur les raisons d'ordre médical, ne paraît pas douteuse.

En revanche, les sujets exerçant des professions physiquement pénibles ont plus largement changé d'emploi que les autres. La proportion d'agricoles, réputés difficilement reclassables, n'est pas négligeable.

Enfin, c'est surtout avant 30 ans que les chances d'une promotion par la rééducation sont conservées.

INVALIDITE

L'invalidité, deuxième éventualité au terme du traitement, forme un groupe hétérogène, car elle est liée à des facteurs multiples en dehors de la maladie pulmonaire elle-même.

Nous avons tenté d'analyser ces facteurs.

L'avenir des invalides n'est pas davantage univoque. Les modes de sorties de l'invalidité sont également multiples, Leur étude présente certainement un grand intérêt, mais elle sortait du cadre de notre travail. C'est l'invalidité opposée à la reprise du travail au terme du traitement qui nous a retenu.

Au terme du traitement, 183 malades soit 27,50 p 100 ont été versés dans l'invalidité.

Les différents facteurs intervenant ont été analysés, en séparant les facteurs pulmonaires des facteurs surajoutés.

Dans les causes pulmonaires, il pouvait s'agir :

- soit de la tuberculose elle-même,
- soit d'affections pulmonaires associées,

Parmi les causes surajoutées non pulmonaires nous avons retenu :

-

- la profession,
- l'âge,
- les autres infirmités,
- la retraite anticipée.

Nous avons en outre étudié l'influence de l'alcoolisme sur l'ensemble des rubriques.

Les chiffres suivants permettent d'apprécier l'importance des facteurs surajoutés :

Chez 54 malades, soit 29,60 p 100, l'invalidité a été attribuée pour cause pulmonaire. Pour les 129 autres, soit 70,40 p 100, il existe des facteurs surajoutés : âge (54 soit 29,60 p 100) : profession (5 soit 2,70 p 100) ; infirmités associées (55, soit 30 p 100) ; retraite anticipée (14, soit 8 p 100).

L'on peut donc admettre que la tuberculose a été relativement peu invalidante par elle-même.

- INVALIDITE LIEE A LA TUBERCULOSE ELLE-MEME.-

L'incidence de la gravité des lésions initiales apparaît dans le tableau V, que nous avons déjà analysé. Ce tableau montre le taux croissant de l'invalidité en fonction de l'importance des lésions initiales.

Pour les lésions bénignes, on compte seulement 19,50

...

pour cent d'invalidités, pour les lésions moyennes, 27,10 p 100 et pour les lésions graves, 52,50 p 100.

Le tableau XXVII montre que le même taux croissant est observé en fonction de l'importance des séquelles radiologiques. Sur 54 malades invalidés pour la tuberculose elle-même, 49 présentaient des séquelles moyennes ou étendues.

Nos chiffres étant donnés par référence aux fichiers de la Sécurité Sociale, il ne nous a pas été possible de séparer dans cette catégorie les échecs vrais du traitement, c'est-à-dire, le passage à la chronicité de l'insuffisance respiratoire, compliquée ou non d'épisodes infectieux périodiques Signalons toutefois que pour 14 de ces malades les bacilloscopie demeuraient positives et qu'il s'agissait bien là d'un échec du traitement.

- TABLEAU XXVIII - INVALIDITE ET AFFECTIONS PULMONAIRES ASSOCIEE

Les différentes associations morbides notées étaient l'asthme, la bronchite, la silicose, la dilatation des bronches, le cancer.

Seul le nombre global des bronchites (45) nous a paru appeler un commentaire. Sur 484 malades ayant repris leur travail, nous avons relevé 19 bronchites, soit 3,70 p 100 ; sur les 183 invalides : 26, soit 14,20 p 100. L'on peut donc penser que la bronchite a été un facteur invalidant.

XXVII - SEQUELLES PULMONAIRES ET INVALIDITE

	NULLES	DISCRET.	MOYENNES	ETENDUES	TOTALES
Pulmonaires	1	4	20	29	54
Age	1	24	23	6	54
Profession	0	3	1	1	5
Autres infirmités	4	21	18	1	55
Retraites anticipées		5	8	2	15

XXVIII - AFFECTIONS PULMONAIRES ASSOCIEES ET INVALIDITE

		INVALIDITE					
	REPRISE DU TRAV.	POUR FAC. PULMON.	FACTEURS ASSOCIES				TOTAL
			AGE	PROFES.	AUTRES INFIRM.	RETRAITES ANTICIPEES.	
Asthme	8	4	3		2		9
Bronch.	19	4	5	3	7	7	26
Silicose	1	1			5	1	7
Dilatat. des bron	3	1					4
Cancer					2		2

Bronchites (Reprise du travail 3,70 p 100
(Invalidité 14,20 p 100

CAUSES SURAJOUTEES.-

TABLEAU XXIX - REPARTITION PROFESSIONNELLE DE L'INVALIDITE.-

Comme l'on pouvait s'y attendre les chiffres les les plus élevés d'invalidité se rencontrent dans les professions physiquement les plus pénibles : agricoles, manoeuvres, ouvriers exposés aux vapeurs toxiques. Toutefois, nous avons vu que la profession n'a été la cause directe de l'invalidité que dans 2,70 p 100 des cas. Elle paraît donc n'intervenir qu'indirectement par le jeu d'autres facteurs invalidants (gravité lésionnelle, alcoolisme, âge).

TABLEAU XXX - REPARTITION DES FACTEURS INVALIDANTS SUIVANT L'AGE

Globalement, c'est après 50 ans que l'attribution de l'invalidité a été la plus fréquente. Cependant elle a été attribuée pour cause pulmonaire 21 fois sur 54 avant 50 ans Dans cette rubrique l'âge n'a donc pas été un facteur déterminant. Par contre, un certain nombre de malades ont fait l'objet d'une retraite anticipée, ou plus exactement d'une retraite invalidité. Cette décision a été indépendante de l'état pulmonaire. Elle exprime semble-t-il notamment à partir de 60 ans une attitude bienveillante des caisses de Sécurité Sociale.

XXIX - PROFESSION ET INVALIDITE

	Expl. Agric	Ouvr. Agric	Ouvr. Bâtim	Man.	O (U.T.)	Ouvr.	Seden taires	Cadres	Prof. Liber	Sans	Total
use.	9	13	6	7	0	3	3	0	0	12	5
	3	10	2	2	0	3	1	0	0	34	54
.	0	2	0	2	0	0	0	0	0	3	5
nf.	5	8	4	7	6	4	5	1	1	14	55
t.	0	4	2	3	2	1	2	0	0	0	15
nv.	17	37	14	21	9	11	11	1	1	60	181
tal	49	111	79	77	28	166	54	16	21	64	665
nt.	34	33	17	27	28	6	20	6	4	93	

XXX - AGE ET INVALIDITE

AGE	CAUSE P.	AGE	PROFES.	AUTRES INFIRMIT.	RETRAIT. ANTICIP.	TOTAL
< 20 A.	0	0	0	2	0	2
20-30 A.	3	0	0	3	0	6
30-40 A.	5	0	1	6	0	12
40-50. A.	13	1	0	11	0	25
50-65 A.	24	19	4	31	14	92
> 65 A.	9	34	0	2	0	45

ALCOOLISME ET INVALIDITE.-

Dans l'invalidité 86 malades sur 183 étaient alcooliques soit 47 p 100. Chez les malades ayant repris leur travail cette proportion est de 25,50 p 100.

La différence est nette mais il est difficile de séparer l'alcoolisme des différents facteurs invalidants déjà signalés.

- les lésions graves sont deux fois plus fréquentes chez les alcooliques (34 p 100) que chez les non alcooliques (16 p 1 (Tableau XX).

- la répartition professionnelle de l'alcoolisme montre un ligne de partage nette entre les professions pénibles et les autres (Tableau XXXI).

C'est également dans ces professions que les lésions graves sont rencontrrées avec la plus grande fréquence.

Enfin, (tableau XXXII) la progression de l'alcoolisme avec l'âge est tout à fait nette.

Ces corrélations suggèrent que l'incidence de l'alcoolisme sur l'invalidité n'est pas douteuse mais qu'elle est inséparable d'autres facteurs invalidants, dont certains comme la profession et l'âge sont liés à un contexte économique ou social défavorable.

XXXI - ALCOOLISME EN FONCTION DE LA PROFESSION

: Exp. : Agr.	: Ouv. : Agr.	: Bat.	: Man.	: Exp. : Tox.	: Sal. : Norm.	: Sed.	: Cad.	: Prof. : Lib.	: San
: 3	: 12	: 11	: 9	: 6	: 17	: 4	:	: 2	: 7
: 10	: 31	: 18	: 14	: 7	: 15	: 5	: 1	: 1	: 8
: 2	: 7	: 4	: 8	:	: 2	: 1	: 1	:	: 3
: 15	: 50	: 33	: 31	: 13	: 24	: 10	: 2	: 3	: 18
:30,60%	: 45 %	:41,70%	:40,20%	:46.20%	:14.40%	:18.50%	:12.50%	:14.30%	:

XXXII - ALCOOLISME EN FONCTION DE L'AGE

AGE	ALCOOLISME DISCRET	ALCOOLISME PRONONCE	ALCOOLISME GRAVE	TOTAL POURCENTA.	NOMBRE DE MALADES
< 20 Ans	0	0	0	0 - 0 %	46
20-30 Ans	5	6	0	11 -8,6%	127
30-40 Ans	12	22	5	41 -28,4%	144
40-50 Ans	17	2[illegible]	6	52 -43,7%	119
50-65 Ans	33	48	16	97 -52,7%	184
> 65 Ans	4	6	1	11 -23,9%	46

COMMENTAIRES

La tuberculose ne paraît être que relativement peu invalidante par elle-même (29,60 p 100 des cas).

Il intervient le facteur de la gravité des lésions initiales et, parallèlement, de l'importance des séquelles radiologiques. Mais la part du passage à la chronicité et de l'insuffisance respiratoire n'a pu être appréciée exactement.

Par contre, la part des facteurs surajoutés est prépondérante (70,40 p 100). L'analyse de ces facteurs objective l'incidence sociale de la maladie. L'âge est déterminant au-dessus de 50 ans.

Pour un certain nombre de malades âgés, la retraite pour invalidité est accordée automatiquement même en cas de tuberculose bénigne, curable ou guérie.

Le rôle de l'alcoolisme n'est pas douteux. Sa fréquence dans les professions physiquement pénibles, c'est-à-dire chez l'individu socialement défavoris, plus fréquement porteur de lésions graves, suggère l'importance des facteurs sociaux et économiques dans l'invalidité.

Enfin, l'accroissement de son taux avec l'âge peut être rapproché de la fréquence plus grande de l'invalidité au-dessus de 50 ans. L'on ne peut sous-estimer son rôle dans les difficultés de reclassement attribuées à l'âge.

C O N C L U S I O N S

I - La chimiothérapie de la tuberculose pulmonaire est actuellement bien codifiée, mais l'application du traiteme et en définitive des résultats, dépendent de facteurs sociaux professionnels et familiaux qui font intervenir, la personnali té du malade. L'avenir socio-professionnel du tuberculeux appa raît sur le plan humain, comme le véritable critère de l'effi- cacité du traitement.

Nous avons étudié à ce point de vue, en analysant les différentes corrélations possibles, un groupe de malades placés initialement dans des conditions précises d'observation et de traitement, et suivis jusqu'à un terme également précis, la date de la reprise du travail ou de l'inscription à l'inval dité figurant sur les fichiers de la Sécurité Sociale.

2 - Sur 667 malades étudiés, provenant de milieux professionnels variés, urbains ou ruraux, 484 soit 72,50 p 100 ont repris une activité salariée, 183, soit 27,50 p 100, ont é versés dans l'invalidité.

Le facteur essentiel qui, en dehors du traitement, conditionne l'avenir professionnel est la gravité des lésions initiales. La profession ne paraît intervenir qu'indirectement dans la mesure où les lésions graves sont rencontrées avec une plus grande fréquence dans les professions physiquement pénible L'âge intervient peu jusqu'à 50 ans.

La proportion de reprise de travail avant cet âge varie de 95 p 100 à 79 p 100. Elle tombe à 50 p 100 au-delà de 50 ans.

3 - Le délai moyen de la reprise du travail a été de un à deux ans, dans 65 p 100 des cas, quelle que soit la profession, le type des lésions initiales et la durée de l'hospitalisation. Il existe une corrélation remarquable entre la durée l'incapacité du travail et la durée totale du traitement médicateux. Ce fait suggère le non ajustement de la date de la reprise du travail à la notion médicale de guérison. Il s'accorde mal avec l'intérêt du malade. Celui-ci devrait reprendre une activité dès qu'il est guéri, tout en continuant la chimiothérapie. L'allongement inutile de la durée d'éviction professionnelle, particulièrement chez les manuels rend plus difficile la réadaptation.

Les reprises au-delà de deux ans (28 p 100) sont liées à la gravité lésionnelle. Il y a alors parallélisme entre le délai de la reprise, la durée de l'hospitalisation, la durée de l'association médicamenteuse et la durée totale du traitement

4 - Dans le groupe des malades ayant repris leur travail, le traitement a été correct dans la presque totalité des cas, à la fois pour la durée de l'association médicamenteuse, la durée totale du traitement et sa continuité. La durée de l'hospitalisation n'apparaît pas comme un facteur significatif. Lorsque l'hospitalisation a été de courte durée, le traitement n'en a pas moins été poursuivi correctement à domicile.

5 - L'alcoolisme n'a influencé le délai de la reprise que dans la mesure où il était associé aux lésions graves. Son rôle n'est pas négligeable. Les lésions graves sont en effet deux fois plus fréquentes chez les alcooliques que chez les sujets sobres.

6 - La reprise à temps partiel intervient dans 24,40 p 100 des cas. Paradoxalement, les professions sédentaires et les cadres en bénéficient plus largement que les professions

physiquement pénibles. La priorité des facilités administratives liées à l'emploi, sur les raisons d'ordre médical ne paraît pas douteuse.

7 - En revanche, les malades exerçant des profession pénibles, y compris les agricoles, ont plus largement changé d'emploi. C'est surtout avant 30 ans que les chances d'une promotion par la rééducation sont appréciables.

8 - La situation familiale intervient sur la durée d l'hospitalisation. Les sujets mariés sont en moyenne moins lon temps hospitalisés que les célibataires.

9 - La tuberculose paraît relativement peu invalidante par elle-même (29,60 p 100 des cas). Les facteurs à rete sont la gravité des lésions initiales, et, parallèlement l'importance des séquelles radiologiques.

10 - La part des facteurs surajoutés dans l'invalidité (70,40 p 100 des cas) objective l'incidence sociale de la maladie.

L'âge est déterminant au-dessus de 50 ans.

A la soixantaine, les malades font l'objet, du moins

dans certaines caisses de Sécurité Sociale, d'une retraite invalidité. Cette décision est indépendante de la gravité de la maladie.

11 - Dans le groupe invalidité, le rôle de l'alcoolisme n'est pas douteux. Sa fréquence dans les professions physiquement pénibles, où l'on note la plus grande fréquence des lésions graves, suggère l'importance des facteurs sociaux et économiques. Enfin, le taux croissant de l'alcoolisme avec l'âge peut expliquer en partie les difficultés du reclassement après 50 ans.

12 - Le pourcentage des tuberculoses dépistées par examen systematique est relativement homogène dans les professions industrielles et sédentaires et chez les ouvriers du bâtiment. Ce pourcentage est très faible chez les exploitants et les ouvriers agricoles. Pour les années de référénce, le dépistage en milieu agricole n'était organisé que dans certains départements. Il faut noter que c'est dans ce milieu agricole que le taux des lésions graves est le plus élevé.

L'intérêt de l'examen systématique est du reste démontré pour l'ensemble des malades étudiés : 43,30 p 100 des lésions bénignes ont été ainsi dépistées, contre 13,60 p 100 des lésions graves.

B I B L I O G R A P H I E

1 - BERNARD (E) et ISRAEL (L)

Les résultats bactériologiques de la chimiothérapie antibacillaire, chez les tuberculeux pulmonaires traités pour la première fois. Conséquences pratiques.

Revue du Praticien Tome 17 n° 3 21/1/1967 p. 305 - 312

2 - BERNARD (E), PRETET (S) Mme ABADI

Enquête sur le devenir médico-social des tuberculeux pulmonaires traités pour la première fois.

Revue Tub. et de Pneumo 1965, Tome 29 n° 78 p 503 - 519

3 - BERNOU (A), GOYER (R), MARCAUX (L), TRICOIRE (J) JOUBAUX (

Résultats de traitement de tuberculeux âgés.

Rev. Tub. et de Pneumo 1962 T 26, n° 9 - 10, p. 972 - 978

4 - BOQUET (A), LUIZY (J) ABELLOS (D)

Devenir des tuberculeux pulmonaires sortis bacillifères de sanatorium de 1953 à 1957

Rev. Tub. 1960, T 24 n° 12 - p. 1352 - 1364

5 - BRUHAT (G.), GOUJON, LAVENNE, MOLINA (C.), SIROT * a

Les tuberculeux pulmonaires non coopérants en milieu hospitalier et sanatorial dans le département du Puy de Dôme (fréquence, devenir, incidence sur la lutte antituberculeuse).

Rev. Tub. 1954, Tome 28, n° 7 - 8, p. 920 - 926

6 - BRUN (J.), BOURDEUX (J.).

Le devenir des malades tuberculeux dépistés en 1960 par les dispensaires du Rhône.

Revue Tub. 1965, Tome 29, n° 7 - 8, p. 522 - 536

7 - DAMPENON

Invalidité par tuberculose pulmonaire dans la XIIème Région de Sécurité Sociale

Thèse BORDEAUX 1956 n° 54

8 - DOUADY (D), JEANGUYOT (M. Th.)

Etude sur les cas de tuberculose dépistés par les Centres de médecine préventive universitaire français au cours des années 1959 - 1960, et soignés dans la fondation de Santé des Etudiants de France

Rev. Tub. Tome 29 n° 7 - 8 p. 552 - 557

* a : (avec la collaboration de MM. CHEMINAT, GAIN, MONS, TERRIER, REGNIER)

9 - FREOUR (P) COUDRAY (P), SERISE (M), BOITOUZET (A), PERPEROT (M.M.).

Tuberculose et invalidité (dans le cadre de la XIIème région de Sécurité Sociale.

Revue Tub. 1961, Tome 25, n° 2 - 3 p. 224 - 232

10 - FREOUR (P), LAUMONIER (P) SERISE (M) COUDRAY (P) CHAUVEAU (

L'avenir des pneumonectomisés. Contribution à l'étude de leur vie professionnelle.

Discussion : MM. JULLIEN, HAZEMANN, DOUBROU, LE TACON, MOUNIER, KUHN, LE BRIGAND, LE SOBRE, FREOUR

Rev. Tub. 1961, Tome 25, n° 4, p. 399 - 410

11 - FREOUR (P.) SERISE (M) COUDRAY (P.) MALESIEUX (G.)

L'image mentale de la tuberculose. Comme le phtisique d'aujourd'hui représentera-t-il sa maladie ?

Résultat d'une enquête, d'opinion, Discussion MM. PARAF GUICHENE, BERNARD (E.) JULLIEN, VAUCHER, LE MELLETIER, COUVE et DOUBROW

Rev. Tub. 1959, Tome 23, n° 4 p. 428 - 429

12 - FREOUR (P.) NACEF (T)

Le devenir des phtisiques de première atteinte pour l'année 1960

Revue Tub. 1965, Tome 29, 7 - 8, p. 537 - 547

13 - Melle GAK (S).

Le devenir médico-social des tuberculeux ayant fait un stage en sanatorium de Post Cure et réadaptation.

Rev. Tub. 1966, Tome 30, n° 5 - 6, p. 725 - 734

14 - KATZ (Ch.)

Tuberculose chez les ouvriers de l'alimentation

Discussion : MM. KALT, MEYER (A) BROCARD, FERRABOUE

Rev. Tub. 1962, Tome 26, n° 1, p. 53 à 56

15 - LEBLANC, BIZOT

Les divers aspects de la tuberculose pulmonaire sur le plan clinique et sur le plan social en milieu hospitalier.

Rev. Tub. 1965, Tome 29, n° 1, p 114

16 - MORVAN (R), OUECH (P.) SCHERDING (J.P.)

La réadaptation du tuberculeux adulte en sanatorium

Résumé du rapport.

Rev. Tub. 1966, Tome 30, n° 5 - 6, p. 703 - 704

17 - MOREL (R) ROUTIER (J)

A propos du reclassement professionnel

Revue Tub. 1966, Tome 30, n° 5 - 6, 705 - 709

18 - NEEL (D), TRAN HIEP (C)

Exérèse pulmonaire pour tuberculose.

Devenir médico-social de 122 étudiants suivis à la Post Cure Universitaire de Grenoble de 1950 à 1957

Revue Tub. 1959, Tome 23, n° 1, p. 123 - 133

19 - OUDET (P)

Enquête sur le devenir après trois années de cure des tuberculeux pulmonaires traités pour la première fois

Revue Tub. 1965, Tome 29, n° 7 - 8, p. 548 - 557

20 - PLANE (J.) HIEBEL (Ch.) PFRIMMER (J.P.)

Aspects actuels de la réadaptation du tuberculeux pulmonaire.

Rev. Tub. 1966, Tome 30, n° 5 - 6, p. 710 - 716

21 - REVOL (H), FREOUR (P), SERISE (M) BOUTRIT (J.) COUDRAY (P.) LACOSTE (G.)

Dix ans de rééducation professionnelle au Centre de Clairvivre

Rev. Tub. 1959, Tome 23, n° 5 - 6, p. 578 - 579

22 - ROCHER (G)

Possibilités et limites d'une action d'instruction et de formation technique chez les tuberculeuses

Rev. Tub. 1961, Tome 25, n° 12, p. 1499 - 1503

23 - SCHERDING (J.P.) PELLEAU (H)

L'enseignement dans la station sanatoriale de PASSY

Rev. Tub. 1966, Tome 30, n° 5 - 6, p. 717 - 724

24 - TISSOT (F)

Primo-infection chez les auxiliaires hospitaliers. Leur fréquence insolite.

Discussion : MM. FOUQUET, LE MELLETIER, BERNARD, MOREL, TISSOT.

Rev. Tub. 1962, Tome 26, n° 2 - 3, p. 335 - 338

25 - VERAND (P) COTTION (S) MOIGNETEAU (C) GUILLEMENT (J.M.) VRIGNON (P)

Population hospitalière d'un service de phtisiologie de NANTES - Analyses et réflexions

Rev. Tub. 1964, Tome 28, n° 7 - 8, p. 950 - 951

26 - VIDAL (J) GUIN (J.J.) DECOR (Y)

Les caractères et le pronostic actuel de la tuberculo pulmonaire chez les sujets âgés de plus de 50 ans

Rev. Tub. Tome 26, n° 1, page 1 -12

27 - VIDAL (J.) MORVAN (A), Mme TER SCHIPHORST (E) MICHEL (F.B. BAISSUS (C)

La réadaptation du tuberculeux pulmonaire à la sortie du sanatorium (Résultats d'une enquête).

Rev. Tub. 1966, Tome 30, n° 5 - 6, p. 735 - 740

28 - VIDAL (J) MORVAN (A) MOLLON (R) SOURDAT (P.)

Organisation et résultats de la réadaptation au sanatorium des Escaldes.

Discussion : Docteur VOISIN

Rev. Tub. 1966, Tome 30, n° 5 - 6 p. 741 - 752